

بررسی الگوی قاعدگی و شیوع دیسمنوره در دانش آموزان دوره دوم متوسطه شهر اردبیل: مطالعه مقطعی

فرناز فرشباف مانی صفت^۱، عباس ابوالقاسمی^۲، اوشا برهمند^۳، نادر حاجلو^۳

^۱دانشجوی دکتری روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، ارومیه، ایران

^۲استاد، گروه روانشناسی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران

^۳دانشیار، گروه روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، ارومیه، ایران

نویسنده رابط: فرناز فرشباف مانی صفت، نشانی: ارومیه، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ارومیه، تلفن: ۰۹۱۴۱۰۵۴۷۸۹، پست الکترونیک: farnaz.farshbaf@iaurmia.ac.ir

تاریخ دریافت: ۹۵/۰۹/۰۵؛ پذیرش: ۹۵/۱۲/۰۷

مقدمه و اهداف: شروع قاعدگی یک مسأله مهم دوران نوجوانی و درد قاعدگی یک مشکل رایج در نوجوانان است. این پژوهش با هدف تعیین الگوی قاعدگی و شیوع دیسمنوره در دانش آموزان دوره متوسطه دوم شهر اردبیل انجام شد.

روش کار: این پژوهش در قالب یک مطالعه مقطعی انجام شد. جامعه پژوهش شامل تمامی دختران دوره‌ی متوسطه دوم ناحیه یک و دو شهر اردبیل در سال ۱۳۹۴ بود، که حجم نمونه ۱۶۰۰ نفر به شیوه نمونه‌گیری خوشه‌ای دو مرحله‌ای از ۷ مدرسه ناحیه ۱ و ۵ مدرسه ناحیه ۲ انتخاب شدند. برای جمع‌آوری اطلاعات از پرسشنامه پژوهشگرساخته و مقیاس درجه‌بندی دیداری درد استفاده شد.

یافته‌ها: براساس نتایج این مطالعه، میانگین سن نخستین قاعدگی ۱۲/۸۸ سال بود. شیوع دیسمنوره ۹۱ درصد (فاصله اطمینان ۹۵ درصد: ۹۲-۹۰ درصد) بود و شدت درد در ۲۵ درصد دختران شدید بود. بررسی الگوی مشخصات قاعدگی در دانش آموزان نشان داد در ۶۱/۲ درصد دوره‌های قاعدگی منظم، مدت خونریزی قاعدگی و طول دوره قاعدگی به ترتیب در ۸۸ و ۹۳/۲ درصد دختران طبیعی بود. در این پژوهش، ۸۴/۸ درصد دختران بیان کردند توانایی فعالیت آن‌ها از قاعدگی تأثیر می‌پذیرد و ۲۹/۷ درصد دختران به دلیل درد قاعدگی از مدرسه غیبت کرده بودند.

نتیجه‌گیری: دیسمنوره، شیوع بالایی دارد و مشکل رایج دختران نوجوان است که بر توانایی فعالیت آن‌ها و حضور در مدرسه تأثیر می‌گذارد. بنابراین آموزش دانش آموزان در زمینه بهداشت قاعدگی، شیوه‌های کنترل و کاهش درد قاعدگی ضروری به نظر می‌رسد.

واژگان کلیدی: قاعدگی، درد قاعدگی، شیوع، شدت درد، اردبیل

مقدمه

نوجوانی، دوران انتقال از کودکی به بزرگسالی است (۱). بنا به تعریف سازمان جهانی بهداشت، نوجوانی دوره‌ای از زندگی است که با ظهور علائم بلوغ شروع شده و تا به دست آوردن وضعیت بزرگسالی ادامه دارد (۲). گذار از دوران کودکی به نوجوانی در دختران، که با فرایند تکاملی بلوغ و شاخص آن یعنی نخستین خونریزی قاعدگی خود را نشان می‌دهد، مورد بحث و مطالعه بسیاری از مراکز علمی جهان است (۳). در واقع شروع قاعدگی در دوران نوجوانی مهم‌ترین رویداد تکاملی دستگاه تناسلی و توانایی باروری دختران است (۴). خونریزی قاعدگی به طور متوسط در ۱۳ سالگی شروع شده، در سال‌های باروری ادامه یافته و در دوران یائسگی قطع می‌شود (۵). قاعدگی به دلیل تغییرات دوره‌ای هورمونی در زنان تحت کنترل محور هیپوتالاموس-هیپوفیز-تخمندان است. در دوران نوجوانی به دلیل عدم تکامل محور هیپوتالاموس-هیپوفیز-تخمندان، اختلالات قاعدگی از شیوع

بالایی برخوردار است (۶).

دیسمنوره شایع‌ترین اختلال تجربه شونده در زمینه اختلالات قاعدگی و بیماری‌های زنان به‌ویژه در میان دختران جوان است (۷). بسته به وضع پاتولوژی آناتومیک، دیسمنوره را به دو نوع اولیه یا ثانویه تقسیم می‌کنند. منظور از دیسمنوره اولیه، قاعدگی دردناکی است که در سیکل‌های همراه با تخمک‌گذاری در غیاب بیماری‌های مشخص لگنی رخ می‌دهد و معمولاً در طی ۱۲-۶ ماه پس از نخستین قاعدگی شروع می‌شود (۸). تقریباً ۵۰ درصد تمام زنان دیسمنوره را تجربه می‌کنند (۷). دیسمنوره ممکن است با سردرد، سرگیجه، اسهال، احساس نفخ، تهوع، استفراغ و پادرد و کمردرد همراه باشد. همه این نشانه‌ها به طور منفی بر زندگی فرد اثر می‌گذارد و ممکن است به حدکافی شدید باشد که باعث شود فرد تمام مدت در بستر بماند. در نوجوانی دیسمنوره به میزان زیادی باعث غیبت از مدرسه و عدم درگیری در فعالیت می‌شود

(۹).

قاعدگی، استرس‌زا بودن این نشانه‌ها و گاه مداخله آن‌ها با زندگی روزمره فرد، اهمیت توجه به قاعدگی را مورد تأکید قرار می‌دهد (۱۶). مشکلات مرتبط به قاعدگی علاوه بر اختلال در عملکرد تحصیلی، بر روابط با خانواده و دوستان تأثیرگذار بوده، از شایعترین دلایل غیبت از مدارس و مراقبت‌های پزشکی در این دوران است (۱۷، ۱۸). با توجه به این‌که عوامل زیستی، روانی و اجتماعی می‌تواند بر الگوی خونریزی قاعدگی تأثیر بگذارد (۱۹) بنابراین الگوی خونریزی قاعدگی ممکن است در منطقه‌های مختلف و طی سال‌ها تغییر داشته باشد. با توجه به پیشینه‌ی پژوهشی، پژوهش‌های صورت گرفته در این زمینه مربوط به چندسال پیش بوده و پژوهش جدیدی صورت نگرفته است. از سوی دیگر، بیش‌تر پژوهش‌ها صرفاً به بررسی شیوع دیسمنوره پرداخته‌اند و در پژوهش‌های معدودی الگوی قاعدگی مورد توجه بوده است. بنابراین ضروری است پژوهش جدید در این زمینه در دانش‌آموزان صورت گیرد. یافته‌های این پژوهش می‌تواند دانش در زمینه الگوی قاعدگی و دیسمنوره را افزایش دهد و در تصمیم‌گیری‌های آموزشی و درمانی مورد استفاده قرار گیرد. این پژوهش با هدف تعیین الگوی قاعدگی، عملکرد دانش‌آموزان در دوره قاعدگی و شیوع دیسمنوره دانش‌آموزان دوره متوسطه دوم شهرستان اردبیل صورت گرفت.

روش کار

این پژوهش یک مطالعه توصیفی- مقطعی است که در سال ۱۳۹۴ انجام شد. جامعه پژوهش شامل تمامی دختران دوره متوسطه دوم ناحیه یک و دو شهر اردبیل بود. با توجه به این‌که خونریزی قاعدگی به طور متوسط در ۱۳ سالگی شروع می‌شود (۵)، و معمولاً در طی ۱۲-۶ ماه پس از نخستین قاعدگی، دیسمنوره تشخیص داده می‌شود (۸) دامنه‌ی سنی ۱۹-۱۴ سال برای پژوهش انتخاب شد. برای تعیین حجم نمونه از فرمول تعیین حجم نمونه برای مطالعه‌های توصیفی استفاده شد. در این پژوهش سطح اطمینان ۰/۹۹ ($Z=2/53$)، نسبت دیسمنوره در دانش‌آموزان با محاسبه میانگین شیوع پژوهش‌های پیشین (۶، ۱۰، ۱۵) $0/7$ ($P=0/7$)، $q=3/0$ و میزان برآورد خطا (خطای قابل قبول) $0/05$ در نظر گرفته شد. حجم نمونه ۵۳۸ نفر به دست آمد. با توجه به این‌که توصیه شده است در صورت استفاده از نمونه‌گیری خوشه‌ای حجم نمونه به ۳ برابر افزایش یابد تا خطای سیستماتیک جبران شود (۲۰) بنابراین حجم نمونه ۱۶۰۰ نفر در نظر گرفته شد.

مطالعه‌های مختلف شیوع دیسمنوره اولیه را متفاوت گزارش داده‌اند. با این وجود شیوع آن از ۹۰-۵۰ درصد برآورد شده است. دیسمنوره اولیه به طور مشخص هنگامی که دختران نوجوان به سیکل‌های تخمک‌گذاری می‌رسند، آغاز شده و شیوع آن در طول سال‌های نوجوانی (سن ۱۷-۱۵) افزایش یافته و پس از بالا رفتن سن شیوع کاهش می‌یابد (۱۰). پژوهشی در سوئد نشان داد که بیش‌تر از ۷۲ درصد از زنان ۱۹ ساله از دیسمنوره اولیه شاکی بودند و علائم خفیف در ۳۴ درصد و علائم متوسط در ۲۳ درصد و علائم شدید در ۱۵ درصد از زنان مورد پژوهش گزارش شد (۸). در مطالعه ونگ و خو (۱)، حدود ۷۴/۵ درصد از دختران نوجوان جمعیت آسیایی قاعدگی دردناک داشتند. علاوه بر این ۶۴/۵ درصد از دانشجویان دانشگاه مکزیک (۱۱) و ۵۶/۶ درصد از دانش‌آموزان شرق ترکیه (۱۲)، حدود ۷۴/۳ درصد از دختران لبنانی (۱۳) و ۷۹ درصد از دانش‌آموزان هندوستان قاعدگی دردناک داشتند (۱۴). در بررسی‌های انجام شده در ایران، طی مطالعه‌های مشابه شیوع دیسمنوره اولیه در بین دانش‌آموزان دبیرستانی متفاوت گزارش شده است. بررسی کامجو در هرمزگان در سال ۱۳۸۰ نشان داد ۲۵/۲۲ درصد دانشجویان مورد بررسی هنگام قاعدگی درد نداشتند، ۳۱ درصد درد خفیف، ۲۵/۳۴ درصد درد متوسط و ۵/۱۲ درد درد شدید داشتند (۱۵). در مطالعه‌ای در سال ۱۳۹۰ بر روی دانش‌آموزان دبیرستانی مشهد انجام شد نتایج نشان داد که ۵۵/۸ درصد از دختران قاعدگی دردناک داشتند که از این تعداد ۱۲/۳ درصد درد خفیف، ۶۰/۴ درصد درد متوسط و ۲۷/۳ درصد درد شدید داشتند (۶). در مطالعه‌ای که در سیرجان روی دانش‌آموزان انجام شد، شیوع دیسمنوره ۷۹/۹ درصد گزارش شد، که بیش‌تر دانش‌آموزان با درد قاعدگی ۸۱/۳ درصد، شدیدترین درد را در همان روز نخست تجربه می‌کردند و ۷۴/۸ درصد دانش‌آموزان بیان کردند که به سبب درد قاعدگی دچار محدودیت در فعالیت می‌شوند و ۳/۲ درصد افراد منجر به غیبت می‌شود (۱۰). الگوی خونریزی قاعدگی شامل طول دوره، نظم، مدت و مقدار خونریزی قاعدگی است (۵). در مطالعه الگوی قاعدگی دانش‌آموزان مشهد یافته‌ها نشان داد سن نخستین قاعدگی ۱۲/۷۸ سال بود. میانگین \pm انحراف معیار مدت خونریزی قاعدگی $6/8 \pm 1/6$ ، میانگین \pm انحراف معیار طول دوره قاعدگی $28/06 \pm 1/57$ و مقدار خونریزی قاعدگی با میانگین \pm انحراف معیار $131/3 \pm 1/13$ میلی‌لیتر بود (۶).

تجربه فرایندهای روان‌شناختی، هیجانی و جسمانی مرتبط با

در این پژوهش ۱۵۸۷ دختر با دامنه‌ی سنی ۱۹-۱۴ سال، با میانگین \pm انحراف معیار $۱۵/۷۹ \pm ۰/۸۸$ سال مورد پژوهش قرار گرفتند. میانگین \pm انحراف معیار وزن این دانش‌آموزان $۱۰/۰۶ \pm$ $۵۵/۹۴$ کیلوگرم، قد $۱۶۲/۸ \pm ۶/۸۶$ سانتی متر و شاخص توده بدنی $۲۱/۱۲ \pm ۳/۶۷$ بود. مشخصات متغیرهای کمی پژوهش در جدول شماره ۱ آورده شده است. با توجه به جدول شماره ۱، نخستین تجربه قاعدگی در سن $۱۲/۸۸ \pm ۱/۰۹$ سالگی اتفاق می‌افتد. مدت خونریزی قاعدگی $۱/۴۹ \pm ۶/۲۸$ روز و فاصله بین دو قاعدگی $۲۹/۰۶ \pm ۸/۳۸$ روز بود. برای آگاهی از شکل توزیع این متغیرها، انحراف استاندارد، نما، میانه، کجی و کشیدگی گزارش شده است. با توجه به تشابه مقادیر نما، میانه و میانگین می‌توان نتیجه گرفت شکل توزیع این متغیرها به نرمال بودن نزدیک است. مقادیر کجی و کشیدگی (دامنه ۳ تا -۳)، نرمال بودن متغیرها به جز متغیر فاصله بین دو قاعدگی را تأیید می‌کنند. در این پژوهش یک دانش‌آموز ۱۵ ساله، دو دانش‌آموز ۱۶ ساله و دو دانش‌آموز ۱۷ ساله هنوز تجربه قاعدگی نداشتند.

یافته‌های این پژوهش نشان داد دوره‌های پرپودر در $۶۱/۲$ درصد منظم و تقریباً منظم است. فعالیت $۱۵/۲$ درصد دانش‌آموزان از قاعدگی ماهانه تأثیر نمی‌پذیرد و در $۱۶/۴$ درصد مانع کار می‌شود. بیماری لگنی (کیست، تنبلی رحم و...) در $۵/۶$ درصد دانش‌آموزان وجود قاعدگی دردناک در مادر یا خواهران خود در $۴۲/۹$ درصد دانش‌آموزان گزارش شد (جدول شماره ۲).

با توجه به جدول شماره ۳، $۸/۱$ درصد (۱۲۸ نفر) در قاعدگی هیچ‌گونه تجربه دردی نداشتند. بنابراین شدت درد، غیبت دانش‌آموزان از مدرسه به دلیل درد پرپودر، علائم درد، مصرف دارو، زمان شروع و مدت باقی ماندن درد تنها در افراد با قاعدگی دردناک بررسی شد. شیوع دیسمنوره با فاصله اطمینان $(۰.۹۲) -$ (۰.۹۰) درصد به دست آمد. یافته‌ها نشان داد شدت درد قاعدگی در $۲۷/۷$ درصد خفیف، $۴۷/۳$ درصد متوسط و ۲۵ درصد شدید است. بیش‌تر افراد ($۶۷/۴$ درصد) یک روز پیش از قاعدگی یا هم‌زمان با شروع خونریزی دچار درد قاعدگی می‌شوند و در بیش‌تر افراد ($۸۰/۸$ درصد) در روز نخست پس از قاعدگی درد رفع می‌شود.

یافته‌ها نشان داد $۷۱/۳$ درصد دختران به دلیل درد قاعدگی تجربه غیبت نداشتند و بیش‌ترین تعداد روزهای غیبت ۳-۱ روز ($۲۱/۳$ درصد) بود. شایع‌ترین درد تجربه شونده شکم درد ($۷۹/۲$ درصد) و کم‌ر درد ($۶۶/۲$ درصد) بود. یافته‌ها نشان داد $۲۲/۸$ برای کنترل درد نیاز به دارو دارند و $۷/۱$ درصد به دارو نیاز دارند، اما

این مطالعه پس از دریافت معرفی‌نامه از دانشگاه محقق اردبیلی و مجوز از اداره آموزش و پرورش و دریافت معرفی‌نامه و فهرست مدارس از اداره ناحیه یک و دو و ارایه آن به مسؤولان مدارس منتخب و هماهنگی برای زمان توزیع پرسشنامه انجام شد. برای رعایت اصول اخلاقی، اهداف پژوهش و اختیاری بودن شرکت در پژوهش و عدم نیاز به ذکر نام به دانش‌آموزان آگاهی داده شد. سپس پرسشنامه در اختیار دانش‌آموزان قرار داده شد و پس از پاسخ‌گویی آن‌ها در حضور پژوهشگر، جمع‌آوری شد. برای نمونه‌گیری از شیوه نمونه‌گیری خوشه‌ای تصادفی دو مرحله‌ای (خوشه نخست: مدارس، خوشه دوم: کلاس) استفاده شد به این صورت که ابتدا ۷ مدرسه از ۲۱ مدرسه ناحیه یک و ۵ مدرسه از ۱۵ مدرسه ناحیه ۲ به صورت تصادفی ساده (اختصاص کد به هر مدرسه و قرعه‌کشی) انتخاب شدند. سپس از هر مدرسه به طور میانگین ۵ کلاس به شیوه تصادفی ساده (اختصاص کد به هر کلاس و قرعه‌کشی) انتخاب شد. برای جمع‌آوری اطلاعات از پرسشنامه پژوهشگر ساخته و مقیاس درجه‌بندی دیداری درد (VAS)^۱ استفاده شد. پرسشنامه پژوهشگر ساخته شامل ۲۰ سؤال مربوط به الگو و ویژگی‌های قاعدگی بود، که با استفاده از پژوهش‌های پیشین طراحی شد. برای تعیین پایایی و اعتبار پرسشنامه از روش اعتبار محتوا و پایایی بازآزمایی استفاده شد. اعتبار پرسشنامه توسط ۳ متخصص تأیید شد و روی ۳۰ نفر از دانش‌آموزان با فاصله زمانی دو هفته پرسشنامه اجرا شد که به طور کلی ضریب همبستگی سؤالات در دامنه $۰/۹۸-۰/۹۴$ به دست آمد. ابزار دیگر، مقیاس درجه‌بندی دیداری درد بود که یک معیار ۱۰ سانتی‌متری است. این ابزار پرکاربردترین ابزار سنجش درد در دنیا است. علاوه بر روایی و پایایی، مهم‌ترین خصیصه این ابزار سادگی استفاده از آن است که طرف چپ آن (عدد صفر) بیانگر درد و طرف راست آن (عدد ۱۰) بیانگر شدیدترین درد است. کسب نمره ۳-۱ نشان دهنده درد خفیف، ۷-۴ درد متوسط و ۱۰-۸ نشان دهنده درد شدید بود (۲۱). مطالعه‌های متعدد در خارج از کشور روایی و پایایی این ابزار را تأیید کرده‌اند (۲۲). پایایی این مقیاس در پژوهش داخلی با آلفای کرونباخ $۰/۸۸$ تأیید شده است (۲۳). برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم افزار SPSS نسخه ۲۰ و شاخص‌های آمار توصیفی و ضریب همبستگی فی استفاده شد.

یافته‌ها

^۱VAS: Pain visual analog scale

مؤثر نیست. بدین منظور برای کنترل درد پیروید، ۴۷/۲ درصد (۶۵۱ نفر) داروهایی شیمیایی و ۲/۶ درصد داروی گیاهی مصرف می‌کنند (جدول شماره ۳). بین شدت درد و سن شروع قاعدگی رابطه‌ی منفی معنی‌دار وجود داشت ($r = -0/13$ ، $P < 0/01$). سابقه

درد در خانواده دانش‌آموزانی که دیسمنوره دارند بیش‌تر از دخترانی است که درد قاعدگی ندارند ($1050/12 = \chi^2$ ، $df=3$ ، $P < 0/000$).

جدول شماره ۱- توصیف متغیرهای سن شروع قاعدگی، مدت خونریزی، فاصله بین دو قاعدگی و شدت درد در افراد شرکت‌کننده در پژوهش ($n = 1582$)

| متغیر | کم‌ترین مقدار | بیش‌ترین مقدار | نما | میانه | میانگین | انحراف استاندارد | کجی | کشیدگی |
|---------------------------|---------------|----------------|-----|-------|---------|------------------|-------|--------|
| سن شروع قاعدگی (سال) | ۹ | ۱۶ | ۱۳ | ۱۳ | ۱۲/۸۸ | ۱/۰۹ | -۰/۲۴ | ۰/۲۴ |
| مدت خونریزی قاعدگی (روز) | ۲ | ۱۵ | ۷ | ۶ | ۶/۲۸ | ۱/۴۹ | ۰/۵۷ | ۲/۰۷ |
| فاصله بین دو قاعدگی (روز) | ۱۴ | ۱۲۰ | ۳۰ | ۳۰ | ۲۹/۰۶ | ۸/۳۸ | ۳/۸۶ | ۲۵/۸۳ |
| شدت درد (۱-۱۰ براساس VAS) | ۰ | ۱۰ | ۵ | ۵ | ۴/۹۳ | ۲/۹۴ | -۰/۰۱ | -۰/۹۹ |

جدول شماره ۲- توزیع فراوانی و درصد نسبی مشخصات قاعدگی، درد قاعدگی، داروی مصرفی و تاثیر بر فعالیت در افراد شرکت‌کننده در پژوهش

| مشخصات | تعداد | درصد | مشخصات | تعداد | درصد |
|-----------------------------|-------|------|--|-------|------|
| توصیف دوره‌های پیروید | | | مدت خونریزی قاعدگی | | |
| منظم | ۲۲۲ | ۱۴/۱ | کم‌تر از ۳ روز | ۴ | ۳ |
| تقریباً منظم | ۷۴۴ | ۴۷/۱ | بین ۳-۷ روز | ۱۳۴۳ | ۸۸ |
| فقط گاهی اوقات منظم | ۳۳۴ | ۲۱/۲ | بیش‌تر از ۷ روز | ۱۸۰ | ۱۱/۸ |
| نامنظم | ۲۷۸ | ۱۷/۶ | کل | ۱۵۲۷ | ۱۰۰ |
| کل | ۱۵۷۸ | ۱۰۰ | طول دوره قاعدگی (فاصله دو پیروید+مدت خونریزی قاعدگی) | | |
| مقدار خونریزی | | | کم‌تر از ۲۰ روز | ۵ | ۰/۴ |
| خیلی کم | ۳۸ | ۴/۲ | بین ۲۱-۴۴ روز | ۱۱۱۴ | ۹۳/۲ |
| کم | ۱۰۱ | ۴/۶ | بیش‌تر از ۴۵ | ۷۶ | ۶/۴ |
| متوسط | ۸۶۷ | ۵۵/۱ | کل | ۱۱۹۵ | ۱۰۰ |
| زیاد | ۴۴۹ | ۲۸/۵ | بیماری لگنی | | |
| خیلی زیاد | ۱۱۹ | ۷/۶ | دارم | ۸۳ | ۵/۷ |
| کل | ۱۵۷۴ | ۱۰۰ | ندارم | ۱۲۶۸ | ۸۷/۲ |
| توانایی کار در دوره پیروید | | | نمی‌دانم | ۱۰۳ | ۷/۱ |
| تأثیر نمی‌پذیرد | ۲۴۰ | ۱۵/۲ | کل | ۱۴۵۴ | ۱۰۰ |
| کم تأثیر می‌گذارد | ۵۵۱ | ۳۴/۹ | سابقه درد پیروید در مادر یا خواهر | | |
| به طور متوسط تأثیر می‌گذارد | ۵۲۸ | ۳۳/۵ | دارند | ۷۹۴ | ۵۲/۲ |
| مانع کار می‌شود | ۲۵۸ | ۱۶/۴ | ندارند | ۶۷۸ | ۴۲/۹ |
| کل | ۱۵۷۷ | ۱۰۰ | نمی‌دانم | ۱۱۰ | ۷ |
| | | | کل | ۱۵۸۲ | ۱۰۰ |

جدول شماره ۳ - توزیع فراوانی مطلق و درصد نسبی شدت درد، علائم و غیبت در دختران با دیسمنوره (n=۱۴۵۴)

| مشخصات | تعداد | درصد | مشخصات | تعداد | درصد | |
|------------------|---------------------|----------------------------|-----------------------------|-------------------|------|------|
| شدت درد | شدت درد | | دو روز قبل از پریود | ۲۸۶ | ۱۹/۷ | |
| | خفیف | ۳۹۹ | سه روز یا بیش از سه روز قبل | ۱۸۷ | ۱۲/۹ | |
| | متوسط | ۶۸۲ | کل | ۱۴۵۴ | ۱۰۰ | |
| | شدید | ۳۶۰ | مدت زمان باقی ماندن درد | | | |
| | کل | ۱۴۴۱ | ۰-۳ ساعت | ۵۱۹ | ۳۶ | |
| | غیبت | هیچ روز | ۱۰۰۶ | ۳-۶ ساعت | ۱۶۴ | ۱۱/۴ |
| | | ۱-۳ روز | ۳۰۱ | ۶-۹ ساعت | ۸۵ | ۵/۹ |
| | | ۴-۶ روز | ۳۵ | ۹-۱۲ ساعت | ۹۷ | ۶/۷ |
| | | ۷-۱۰ روز | ۳۲ | یک روز | ۲۹۸ | ۲۰/۷ |
| | | بیش از ۱۰ روز | ۳۷ | دو روز | ۹۲ | ۶/۴ |
| کل | | ۱۴۱۱ | سه روز یا بیش از سه روز | ۱۸۵ | ۱۲/۸ | |
| علائم (۱۴۵۴ نفر) | | کمردرد | ۹۶۲ | کل | ۱۴۴۰ | ۱۰۰ |
| | | شکم درد | ۱۱۵۱ | نیاز به مصرف دارو | | |
| | | سردرد | ۲۳۴ | نیاز ندارم | ۵۳۴ | ۳۷ |
| | | تهوع | ۲۴۰ | به ندرت نیاز دارم | ۴۷۷ | ۳۳ |
| | استفراغ | ۶۸ | نیاز دارم | ۳۳۱ | ۲۲/۹ | |
| | اسهال | ۹۵ | نیاز دارم اما مؤثر نیست | ۱۰۲ | ۷/۱ | |
| | زمان شروع درد پریود | موقع شروع پریود | ۴۷۱ | کل | ۱۴۴۴ | ۱۰۰ |
| | | ۱-۵ ساعت پیش از شروع پریود | ۲۴۶ | نوع داروی مصرفی | | |
| | | ۶-۱۲ ساعت پیش از پریود | ۱۳۳ | مسکن | ۶۵۱ | ۴۷/۲ |
| | | یک روز پیش از پریود | ۱۳۱ | گیاهی | ۳۶ | ۲/۶ |
| | | | تقویتی | ۲۲ | ۱/۶ | |
| | | | دارو مصرف نمی‌کنم | ۶۷۱ | ۴۸/۶ | |
| | | | کل | ۱۳۸۰ | ۱۰۰ | |

بحث

دوره‌های قاعدگی نامنظم هستند که مشابه با مطالعات کردی و همکاران (۶) زیگیه و همکاران (۲۵) است. در این مطالعه، الگوی غیر طبیعی خونریزی قاعدگی نسبت به سایر مطالعه‌ها شیوع کمتری داشت به طوری که مدت خونریزی قاعدگی غیر طبیعی (کمتر از ۳ روز یا بیش‌تر از ۷ روز) در ۱۴/۸ درصد و طول دوره قاعدگی غیر طبیعی (کمتر از ۲۱ روز یا بیش‌تر از ۳۵ روز) در ۶/۸ درصد دختران مشاهده شد. در مطالعه الگوی قاعدگی دختران در مشهد، ۳۱/۱ درصد دختران مدت خونریزی قاعدگی غیر طبیعی و در ۱۲/۸ درصد دختران طول دوره قاعدگی غیر طبیعی (۶) و در مطالعه الگوی قاعدگی در اتیوپی (۲۵) ۲۹ درصد دختران مدت خونریزی غیر طبیعی داشتند. با توجه به اینکه عوامل زیستی، روانی و اجتماعی می‌تواند بر الگوی خونریزی تأثیرگذار باشد (۱۹). پژوهش در جوامع مختلف می‌تواند تفاوت‌های مربوط به مدت خونریزی و طول قاعدگی را تبیین کند. از سوی دیگر، میانگین

براساس نتایج این مطالعه، میانگین سن نخستین قاعدگی ۱۲/۸۸ سال بود. میانگین سن نخستین قاعدگی نسبت به مطالعات دیگر کمتر است. میانگین سنی نخستین قاعدگی در مطالعه‌های دختران شهری ایران ۱۴/۵ سال (۲۴)، در تهران ۱۳ سال (۱۶)، در اتیوپی ۱۶ سال (۲۵)، در ترکیه ۱۲/۹ سال (۲۶)، در نیجریه ۱۳/۷ سال (۲۷)، در هند ۱۳/۵ سال (۲۸) گزارش کرده‌اند. تفاوت در زمینه ژنتیک، مسائل جغرافیایی و نژادی، تغذیه و زمان می‌تواند از دلایل احتمالی برای توجیه این تفاوت‌ها باشد. از سوی دیگر بسیاری از کارشناسان معتقدند سن شروع قاعدگی کاهش یافته و بلوغ زودرس در حال افزایش است (۶) بررسی الگوی مشخصات قاعدگی در دانش‌آموزان نشان داد ۶۱/۲ درصد دختران با دوره‌های قاعدگی منظم و ۳۸/۸ درصد با

می‌دانند و این درد و پیامدهای آن را به عنوان ویژگی انتقال از دوره نوجوانی به بزرگسالی می‌پذیرند. بنابراین اطلاع‌رسانی در زمینه آسیب‌شناسی این بیماری و درمان آن ضروری است. از سوی دیگر دختران بیش‌تر از داروهای شیمیایی از دسته مسکن (ایبوپروفن، دیکلوفناک و ...) برای کاهش درد استفاده می‌کنند و استفاده از داروهای گیاهی (۲/۵ درصد) نسبت به پژوهش‌های دیگر کم‌تر است. در سیرجان ۳۰/۷ درصد دختران با دیسمنوره (۱۰) و در پاکستان ۵۶ درصد دانشجویان با دیسمنوره (۳۴) و ۲۱ درصد در شهر پاراکو (۲۹) از ترکیبات گیاهی استفاده می‌کردند. به نظر می‌رسد این تفاوت به دلیل تفاوت‌های فرهنگی مناطق باشد. عدم شناخت یا آگاهی از تأثیرات داروهای گیاهی یا تمایل به استفاده از داروهای شیمیایی احتمالاً در مناطق شهری ایران بیش‌تر است. با توجه به تأثیر داروهای گیاهی و تأیید اثربخشی آن‌ها در کاهش درد قاعدگی، لازم است به دانش‌آموزان در زمینه داروهای گیاهی اطلاعات لازم ارایه شود.

سابقه درد در خانواده دانش‌آموزانی که دیسمنوره دارند بیش‌تر از دخترانی است که درد قاعدگی ندارند. این نتایج مشابه پژوهش‌های پیشین است (۲۹، ۱۰، ۳۱، ۳۶). برخی از پژوهشگران گزارش کرده‌اند دختران مادرانی که از قاعدگی دردناک رنج می‌برند، نیز قاعدگی دردناک را تجربه می‌کنند و دلیلی که برای این مسأله می‌تواند وجود داشته باشد مربوط به رفتاری است که از مادر آموخته‌اند (۱۷، ۲۹، ۳۱). هم‌چنین بین شدت درد و سن شروع قاعدگی همبستگی منفی معنی‌دار وجود داشت. در مطالعه روی دانش‌آموزان شهر بابل (۳۷) و شهر پاراکو (۲۹) مشخص شد افرادی که قاعدگی دردناک داشتند؛ سن شروع قاعدگی آن‌ها کم‌تر از بقیه افراد بوده است، اما در مطالعه آهر و راجول (۳۶) این رابطه مشاهده نشد. قاعدگی به دلیل تغییرات دوره‌ای هورمونی در زنان تحت کنترل محور هیپوتالاموس-هیپوفیز-تخمدان است. در دوران نوجوانی به دلیل عدم تکامل محور هیپوتالاموس-هیپوفیز-تخمدان، اختلالات قاعدگی از شیوع بالایی برخوردار است (۱۷، ۱۸). بنابراین هر چقدر سن کم‌تر باشد عدم تکامل محور هیپوتالاموس-هیپوفیز-تخمدان بیش‌تر بوده و شدت درد زیاد خواهد بود.

استفاده از حجم نمونه بزرگ و نمونه‌گیری از مناطق مختلف شهر برای شیوع‌شناسی یکی از نقاط قوت این پژوهش است. با توجه به این‌که درد قاعدگی تحت تأثیر عوامل زیستی، روانی و اجتماعی است بنابراین در تعمیم نتایج به جوامع دیگر و گروه سنی دیگر محدودیت وجود دارد. هم‌چنین با وجود اطمینان

سنی دختران در پژوهش‌های دیگر کم‌تر از این پژوهش بود و شیوع بالا در پژوهش‌های دیگر می‌تواند به دلیل قرار داشتن افراد مورد مطالعه در سال‌های آغازین قاعدگی باشد.

یافته‌های این مطالعه نشان داد شیوع دیسمنوره بالا (۹۱/۹ درصد) است و ۲۵ درصد دختران درد شدید داشتند. شیوع بالا در پژوهش‌های مختلف گزارش شده است. به عنوان مثال، ۷۴/۵ درصد از نوجوانان آسیا (۱)، ۶۴/۵ درصد از دانشجویان دانشگاه مکزیک (۱۱)، ۷۴/۳ درصد از دختران لبنانی (۱۳)، ۷۸/۳۵ درصد دختران پاراکو (۲۹)، ۷۹ درصد از دانش‌آموزان هندوستان (۱۴)، ۷۹/۹ درصد دختران در سیرجان (۱۰)، ۹۱ درصد در شیراز و ۸۵/۵ درصد دانش‌آموزان در رفسنجان (۳۰) درد قاعدگی داشتند. در کشورهای مختلف درد شدید در دامنه ۴۲-۶۳ درصد دختران گزارش شده است. تفاوت در گزارش شدت درد به تفاوت‌های فرهنگی در ادراک درد و آستانه تحمل درد مربوط می‌شود (۲۹). مطالعه‌های مختلف نشان داده‌اند که فعالیت زنان در دوران قاعدگی به علت دردها و ناملایمات دوران قاعدگی کاهش می‌یابد و برخی افراد به این دلیل از مدرسه یا کار غیبت می‌کنند (۱۱، ۱۰، ۲۹، ۳۱، ۳۲، ۳۳). در این پژوهش، ۸۴/۸ درصد دختران بیان کردند توانایی فعالیت آن‌ها از قاعدگی تأثیر می‌پذیرد و هم‌چنین ۲۹/۷ درصد دختران به دلیل درد قاعدگی از مدرسه غیبت کرده بودند. این یافته‌ها بیان‌گر این مسأله است که دیسمنوره یک مشکل رایج دختران نوجوان است و با توجه به این‌که ۶ درصد دختران عنوان کردند بیماری لگنی (کیست، تنبلی رحم و...) دارند. بنابراین می‌توان گفت شیوع دیسمنوره ثانویه بسیار کم‌تر از شیوع دیسمنوره اولیه است. از آنجایی که دیسمنوره اولیه در فقدان بیماری‌های لگنی خاص رخ می‌دهد (۸) و تأثیر منفی بر عملکرد دختران دارد، توجه به این مسأله و آموزش دانش‌آموزان در زمینه بهداشت قاعدگی و شیوه‌های کنترل و کاهش درد دیسمنوره ضروری به نظر می‌رسد.

مطالعه‌ها نشان دادند با شیوه‌های مختلف درمانی و رفتاری و تغذیه‌ای می‌توان از مشکلات دوران قاعدگی کاست. بر اساس بررسی‌های صورت گرفته مبتلایان به این اختلال برای کاهش درد، بیش‌تر از روش‌های غیر دارویی مانند استرحت، گرم کردن و ترکیبات گیاهی استفاده می‌نمایند و تعداد کمی از آن‌ها زیر نظر پزشک بوده و داروهای مناسب را استفاده می‌نمایند (۱۰). یافته‌های این مطالعه نشان داد ۴۸/۶ درصد دختران با وجود درد از درمان دارویی یا گیاهی استفاده نمی‌کنند که علت آن احتمالاً این مسأله باشد که درد قاعدگی را جنبه طبیعی چرخه قاعدگی

نوجوان بود که بر توانایی فعالیت آن‌ها و حضور در مدرسه تأثیر می‌گذاشت. برخی از دختران برای مقابله با درد قاعدگی دارویی مصرف نمی‌کردند و در صورت استفاده از دارو، میزان استفاده از داروهای شیمیایی بیش‌تر از داروهای گیاهی بود. بنابراین آموزش دانش‌آموزان در زمینه بهداشت قاعدگی، شیوه‌های کنترل و کاهش درد دیسمنوره ضروری به نظر می‌رسد.

تشکر و قدردانی

این مطالعه حاصل نتایج رساله دکتری مصوب در دانشگاه محقق اردبیلی در سال ۱۳۹۳ با کد ۱۲۵۲ است. بدین وسیله از همکاری مسئولان آموزش و پرورش ناحیه یک و دو شهر اردبیل، مدیران و معلمان مدارس منتخب و دانش‌آموزان شرکت‌کننده در پژوهش تشکر و قدرانی می‌شود.

دادن پژوهشگر در مورد محرمانه ماندن اطلاعات، در برخی موارد ممکن است برخی اطلاعات و بیماری‌ها به دلیل معذورت اجتماعی صحیح گزارش نشده باشد. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی میزان آگاهی دانش‌آموزان از قاعدگی و شیوه‌های مقابله با درد قاعدگی و عوامل روان‌شناختی مؤثر بر درد قاعدگی بررسی شود. هم‌چنین با توجه به شیوع بالای دیسمنوره و تأثیر آن بر عملکرد پیشنهاد می‌شود امکان آموزش روش‌های مقابله با درد قاعدگی از طریق کلاس‌های آموزشی، جزوه‌ها و رسانه برای خانواده و دانش‌آموزان فراهم شود.

نتیجه‌گیری

براساس یافته‌های این مطالعه، میانگین سنی نخستین قاعدگی نسبت به مطالعه‌های دیگر کاهش یافته بود. تفاوت نژادی-جغرافیایی، تغذیه و افزایش بلوغ زودرس می‌تواند علت این کاهش باشد. دیسمنوره، شیوع بالایی داشت و مشکل رایج دختران

منابع

1. Wong LP, Khoo EM. Dysmenorrhea in a multiethnic population of adolescent Asian girls. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 2010; 108: 139-42.
2. Delvarianzadeh M, Khosravi A, Bolbolhaghghi N, Ebrahimi H. Relationship between anthropometric parameters with menarche age of school girls (11-14 years olds) in Shahroud. *Journal of Shahroud University Medical Science*. 2008; 3: 43-7
3. Burnet MA, Autao V, Black A. Prevalence of primary dysmenorrhea in Canada. *Journal of obstetrics and gynaecology Canada*. 2005; 27, 765-70.
4. Nwankwo TO, Aniebue UU, Aniebue PN. Menstrual disorders in adolescent school girls in Enugu, Nigeria. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology* 2010; 23: 358-63.
5. Stot NL. Common psychiatric problems. In: Berek JS. *Berek & Novak's gynecology*. 14th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007: 351-83.
6. Kordi M, Mohamadirizi S, Shakeri M. The Survey of menarche, dysmenorrhea and menstruation characteristics menstruation in Mashhad's high school girls in the year of 2010; *Iranina Journal of Obstetrics Gynecology and Infertility*. 2011; 15: 10-18.
7. Berek JS. *Berek & Novak's Gynecology*, 14th ed. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia. 2007; 171-81, 506-9, 516-19, 1162.
8. Andrea J, Rapkin RC, Gambone JC. Dysmenorrhea and chronic pelvic pain. In: Symonds E.M, Symonds IM, (eds). *Essentials of Obstetrics and Gynecology*, 4th ed. Churchill, Edinburgh; 2004: 287.
9. El-Gilany AH, Badawi K, & I-Fedawy S. Epidemiology of dysmenorrhea among adolescent students in Mansoura, Egypt. *Eastern Mediterranean Health Journal*. 2005; 11: 155-63.
10. Jalili Z, Safizadeh H, Shams pour N. The prevalence of primary dysmenorrhea among students of preuniversity centers of syrjan and dealing with it. *Payesh*. 2004; 4: 61-67.
11. Ortiz MI. Primary dysmenorrheal among Mexican University Students: Prevalence, impact and treatment. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 2010; 296: 125-30.
12. Eryilmaz G, Ozdemir F, Pasinlioglu T. Dysmenorrhea prevalence among adolescents in eastern Turkey: its effects on school performance and relationships with family and friends. *J Pediatric Adolescent Gynecology* 2010; 23: 267-72.
13. Santina T, Wehbe N, Ziade F. Exploring dysmenorrhea and menstrual experiences among Lebanese female adolescents. *Eastern Mediterranean Health Journal*. 2012; 18: 857-63.
14. Agarwal AK, Agarwal A. A study of dysmenorrhea during menstruation in adolescent girls. *Indian Journal of Community Medicine*. 2010; 35: 159.
15. Kamjou A. Pain severity, prevalence and relevant factors of dysmenorrhea in dormitory students of Bandar Abbas University. *Hormozgan University Medical Science Journal* 2001; 5: 3-6.
16. Shairi M, Atrifard M, Shojaee P, Taghizadevarjoi M. Psychological state comparison of female students of high schools and female students of universities during menstrual times. *Daneshvar* 2008; 15: 35-44.
17. Dorn LD, Negriff S, Huang B, Pabst S, Hillman J, Braverman P, et al. Menstrual symptoms in adolescent girls: association with smoking, depressive symptoms, and anxiety. *Journal of adolescent Health*. 2009; 44: 237-43.
18. Agarwal A, Venkat A. Questionnaire study on menstrual disorders in adolescent girls in Singapore. *Journal of Pediatric adolescent gynecology*. 2009; 22: 365-71.
19. Ross C, Coleman G, Stojanovska C. Factor structure of the modified Moos Menstrual Distress Questionnaire: assessment of prospectively reported follicular, menstrual and premenstrual symptomatology. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and gynecology*. 2003; 24: 163-74.
20. Jahunlou SA. *Step by Step Guide for Research in Medical Sciences and Health*. Tehran: Darya, 2010, 42.
21. Mendelson G, Selwood TS. Measurement of chronic pain: A correlation study of verbal and nonverbal scales. *Journal of*

- Behavioral Assessment. 1981; 3: 263-9.
22. Vickers ER, Cousins MJ, Woodhouse A. Pain description and severity of chronic or facial pain conditions. *Australian Dental Journal*. 1998; 43: 403-9.
 23. Rezvani Amin M, Siratinayer M, Ebadi A, Moradian T. Correlation between visual analogue scale and short form of McGill questionnaire in patients with chronic low back pain. *Qom University of Medical Sciences Journal* 2012; 6: 31-34 [In Persian].
 24. Rabbani A, Khodai S, Mohammad K, Sotoudeh A, Karbakhsh M, Nouri K, et al. Pubertal development in a random sample of 4,020 urban Iranian girls. *Journal of Pediatric Endocrinology and Metabolism* 2008; 21: 681-87.
 25. Zegeye DT, MegabiawB, Mulu A. Age at menarche and the menstrual pattern of secondary school adolescents in northwest Ethiopia. *BMC Women's Health*. 2009; 9: 29-32.
 26. Demir SC, Kadayyfcy TO, Vardar MA, Atay Y. Dysfunctional uterine bleeding and other menstrual problems of secondary school students in Adana, Turkey. *Journal of Pediatric adolescent gynecology*. 2000; 13: 171-5.
 27. Iliyasa Z, Galadanci HS, Abubakar IS, Ismail AO, Aliyu MH. Menstrual patterns and gynecologic morbidity among university students in Kano, Nigeria. *Journal of Pediatric adolescent gynecology*. 2012; 25: 401-6.
 28. Dambhare DG, Wagh SV, Dudhe JY. Age at menarche and menstrual cycle pattern among school adolescent girls in Central India. *Global Journal of Health Science*. 2012; 4: 105-11.
 29. Sidi I, Hounkpatin B, Obossou A, Salifou K, Vodouhe M, et al. Primary Dysmenorrhea in the Schools of Parakou: prevalence, impact and therapeutic approach. *Gynecol Obstet*. 2016; 6: 376-81.
 30. Molazem Z, Alhani F, Anoooshe M, Vagharseyyedin SA. Epidemiology of dysmenorrhea with dietary habits and exercise. *Zahedan Journal of Research in Medical Sciences* 2011; 13: 41-45.
 31. Shabani Nashtaie M, Mohammad Alizadeh S. Primary dysmenorrhea among dormitory students of Tabriz. *Nursing and Midwifery Studies*. 2010; 5: 15-21.
 32. Panahandeh Z, Pakzad Z, Ashouri R. Survey the prevalence, knowledge and practice of Guilan University students about dysmenorrheal. *Journal of Guilan University Medicine Science*. 2008; 17: 87-94.
 33. Poureslami M, Osati-Ashtiani F. Assessing knowledge, Attitude and Behavior of adolescent girls in suburban districts of Tehran about Dysmenorrhea and menstrual hygiene of International women's Studies. 2010; 3: 10-11.
 34. Yasir S, Kant B, FarooqDar M. Frequency of dysmenorrhea, its impact and management strategies adopted by medical students. *J Ayub Med Coll Abbottabad*. 2014; 26: 349-52.
 35. Balbi C, Musone R, Menditto A. Influence of menstrual factors and dietary habits on menstrual pain in adolescence age. *European journal of obstetrics Gynecology and reproductive biology*. 2000; 91: 143-8.
 36. Aher JY, Rajole KM. A Cross-Sectional Study of Prevalence of Dysmenorrhea among Adolescent Girls. *Sch J. App Med Sci*. 2016; 4: 3421-23.
 37. Bsirat Z, Hajahmadi M. survey dysmenorrhea and premenstrual syndrome in high school girls in the city of Babol. *Iranian Journal of Obstetrics Gynecology and Infertility* 2006; 10: 19-22.

A Survey of Menstruation Pattern and Prevalence of Dysmenorrhea in Ardabil Second High School Students

Farshbaf Manei Sefat F¹, Abolghasemi A², Barahmand U³, Hajloo N³

1- PHD Student in Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran

2- Professor in Psychology, University of Guilan, Rasht, Iran

3- Associate Professor in Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran

Corresponding author: Farshbaf Manei Sefat F, maneisefat@yahoo.co.in

(Received 25 November 2016; Accepted 25 February 2017)

Background and Objectives: Menarche is an important issue for teenagers and dysmenorrhea is a common problem in adolescence. This study aimed to determine the menstruation pattern and prevalence of dysmenorrhea in second high school students in the city of Ardabil.

Methods: This research was a cross-sectional study. The study population included all second high school girls in districts one and two of Ardabil in 1394. A sample of 1,600 girls was selected by a two-stage cluster sampling method from 5 schools in district one and 7 schools in district two. A researcher-made questionnaire and a visual analogue scale were used for data collection.

Results: According to the results, the mean age at the first menstruation was 12.88 years. The prevalence of dysmenorrhea was 91.9% (95% CI: %90 - %92). Dysmenorrhea was severe in 25% of the girls. The pattern of menstrual characteristics in students showed that 61.2%, 88%, and 93.2% had regular menstrual cycles, normal menstrual bleeding days, and normal duration of the menstrual cycle, respectively. In this research, 84.8% of the girls stated that their activities were affected by menstruation and 29.7% of the girls were absent due to menstrual pain.

Conclusion: The prevalence of dysmenorrhea is high. It is a common problem in adolescent girls which affects their activities and school attendance. Therefore, it is necessary to educate students regarding menstrual hygiene, and menarche pain control methods.

Keywords: Mensuration, Dysmenorrhea, Prevalence, Pain measurement